



UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1916-1917

N° 53

ÉTUDE SUR UN CAS

d'Invagination de l'Estomac et d'Obstruction du Pylore

par une Tumeur de la Grosse Tubérosité

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ

Mention : Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1917

PAR

M^{me} SOMINSKY née KISSINE

MEMBRES DU JURY...

MM. BAYLAG, *Président*.

RISPAL

DIEULAFÉ

ESCANDE

{ *Assesseurs*

TOULOUSE

Librairie J. MARQUESTE

7, rue Ozenne, 7

1917

ÉTUDE SUR UN CAS
d'Invagination de l'Estomac
et d'Obstruction du Pylore
par une Tumeur de la Grosse Tubérosité

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
Mention : Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1917

PAR

M^{me} SOMINSKY née KISSINE

MEMBRES DU JURY...	{	MM. BAYLAC, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		RISPAL		
		DIEULAFÉ		
		ESCANDE		

TOULOUSE
Librairie J. MARQUESTE
7, rue Ozenne, 7

1917

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN.....	MM. JEANNEL.
ASSESEUR.....	SAINT-ANGE

PROFESSEURS

Histologie normale.....	MM. TOURNEUX.
Physiologie.....	ABELOUS.
Anatomie pathologique.....	TAPIE.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	HERRMAN
Thérapeutique.....	SAINT-ANGE
Clinique médicale.....	{ MOSSE.
	{ REMOND.
	{ JEANNEL.
	{ MERIEL.
Clinique chirurgicale.....	AUDRY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BRÆMER.
Matière médicale.....	LAMIC.
Histoire naturelle.....	PENIERES.
Pathologie externe.....	MARIE.
Physique.....	BEZY.
Clinique des maladies des enfants.....	GUILHEM.
Médecine légale.....	AUDEBERT.
Clinique obstétricale.....	MOREL.
Hygiène.....	RIBAUT.
Pharmacie.....	SOULIE.
Anatomie.....	RISPAL.
Bactériologie.....	BARDIER.
Pathologie expérimentale.....	FRENKEL.
Clinique ophthalmologique.....	

PROFESSEUR ADJOINT

Hydrologie.....	GARRIGOU.
-----------------	-----------

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique.....	MM. DIEULAFÉ.
Chimie, Toxicologie et Chimie biologique.....	ALOY.
Cours théorique d'obstétrique aux sages-femmes.....	AUDEBERT.
Cours de cryptogamie et microbiologie.....	LAMIC.
Cours de chimie analytique et toxicologique.....	LABORDE.
Médecine opératoire.....	DAMBRIN.
Pathologie externe.....	CAUBET (H).
Histoire naturelle.....	JAMMES.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	CESTAN.
Pathologie interne.....	BAYLAC.

AGREGES EN EXERCICE

Anatomie.....	MM. DIEULAFÉ.
	{ N.
Pathologie interne et Médecine légale.....	{ DALOUS.
	{ LAFFORGUE
	{ SOREL.
	{ SERR.
Chirurgie.....	{ MARTIN.
	{ GORSE.
Accouchements.....	GARIPUY.
Anatomie et Embryologie (chargé des fonctions).....	CLERMONT.
Physiologie.....	TOURNADE.
Histologie (chargé des fonctions).....	FAURE.
Chimie.....	LABORDE.
Physique.....	ESCANDE.
Pharmacie.....	FLORENCE.
Dermatologie et Syphiligraphie (chargé des fonctions).....	NANTA.
Secrétaire de la Faculté.....	CHAUDRON.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises
par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A MA MÈRE ET MES SŒURS

A MON MARI

A ma chère amie d'enfance
MARIE TZOMAÏA (GORTCHAKOWSKY)

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GILLES

ACCOUCHEUR EN CHEF DE LA MATERNITÉ

ET

A MADEMOISELLE BERTOUMIEU

SAGE-FEMME EN CHEF DE LA MATERNITÉ

Hommage respectueux d'inaltérable
reconnaissance pour leur dévoû-
ment à l'occasion de la naissance
de mon fils. Nous n'oublierons ja-
mais que c'est à leur science obsté-
tricale et à leur empressement éclai-
ré que mon fils doit la vie.

A mon Président de Thèse
A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAYLAC

Mon cher Maître,

L'inspiration de cette thèse, les nombreux conseils, votre aide et votre sollicitude m'ont imposé une dette de respectueuse reconnaissance.

C'est encore à votre brillant enseignement, dont j'ai apprécié la netteté et la grande clarté, ainsi qu'à vos éloquentes et fructueuses causeries au chevet des malades, que je dois mes connaissances médicales.

Votre accueil et votre bonté, au cours de l'internat, ont redoublé mon courage et m'ont permis d'arriver plus rapidement à la fin de mes études. De tout cela, je garde un profond et reconnaissant souvenir.

Aux Membres de mon Jury :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RISPAL

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Notre profonde reconnaissance pour
son enseignement clinique et pour
la bienveillance qu'il nous a tou-
jours témoignée.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

qui nous a accueillie si aimablement
dans son service ; nous lui adressons
nos respectueux remerciements pour
son enseignement, tant anatomique
que chirurgical.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESCANDE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Expression de notre profonde grati-
tude.

*A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX
DE TOULOUSE*

PLAN

INTRODUCTION.

CHAPITRE I^{er}. — *Observation clinique.*

CHAPITRE II. — *Etude clinique.*

CHAPITRE III. — *Etiologie générale de l'obstruction pylorique.*

CHAPITRE IV. — *Pathogénie de l'invagination de l'estomac.*

CHAPITRE V. — *Diagnostic.*

CHAPITRE VI. — *Pronostic et traitement.*

CONCLUSIONS.

INTRODUCTION

Dans le courant de l'année 1917, nous avons eu l'occasion d'observer dans les services de MM. les Professeurs Baylac et Dieulafoy un cas d'*invagination de l'estomac* consécutive à la présence d'une tumeur au niveau de la grande tubérosité et ayant déterminé une obstruction du vestibule pré-pylorique avec le tableau clinique de l'occlusion intestinale aiguë.

Sur les conseils de notre maître, M. le Professeur Baylac, nous avons fait de cette observation le sujet de notre thèse inaugurale. Il s'agit, là, d'un cas que nos recherches bibliographiques nous permettent de considérer comme unique dans les annales de la science. Aussi serons-nous privée, pour la rédaction de notre travail, du secours des publications antérieures qui facilitent singulièrement, d'ordinaire, la tâche de nos camarades.

Nous espérons que l'intérêt du fait clinique important que nous rapportons fera excuser la brièveté de notre thèse, à laquelle nous n'avons pu, en raison des circonstances actuelles, consacrer tout le temps nécessaire pour justifier la confiance dont nos maîtres nous

ont honorée.

Voici le plan que nous avons suivi :

Nous avons cru devoir placer en tête de notre travail l'observation inédite et détaillée de notre malade.

Nous avons ensuite consacré des chapitres distincts à la symptomalogie, à l'étiologie, à la pathogénie, au diagnostic, au pronostic et au traitement de l'affection qui fait l'objet de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Observation (Inédite)

Recueillie dans les services de MM. les Prof^{rs} BAYLAC et DIEULAFÉ

Un cas d'Invagination de l'Estomac et d'Obstruction du Pylore par une Tumeur de la grosse Tubérosité

Eugénie A..., âgée de 43 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu le 20 mai 1917, a été amenée d'urgence pour des vomissements bilieux incoercibles et des douleurs très vives dans tout l'abdomen, mais surtout dans la région épigastrique.

La malade présente un état général alarmant, mais ses facultés intellectuelles permettent de recueillir tous les renseignements désirables.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont morts âgés l'un de 55 ans, l'autre de 35 ans, ce dernier d'une affection pulmonaire indéterminée.

Trois frères et une sœur en bonne santé.

A noter seulement dans la famille de la malade une grand'tante morte, à 50 ans, d'une affection de l'estomac.

Antécédents personnels. — Elle ne se rappelle pas avoir été malade dans son enfance. Ses règles ont ap-

paru pour la première fois à 15 ans et depuis furent très régulières et normales.

A l'âge de 18 ans, séjour de trois mois à l'hôpital pour fatigue générale et anémie. Mariée à 37 ans, elle n'a jamais été enceinte et son mari mourut à l'âge de 50 ans d'une affection pulmonaire. Elle a travaillé pendant quelque temps dans une teinturerie, mais depuis quinze ans environ elle fait des ménages.

Histoire de la Maladie. — Depuis deux ans environ, elle constate du côté de l'estomac quelques troubles qui l'inquiètent, car ils se répètent souvent : sensation de brûlure au creux épigastrique, deux ou trois heures après les repas, facilement calmée par l'ingestion d'aliments ; renvois aigres et souvent digestions pénibles. A plusieurs reprises, elle a eu, le matin, des crises de douleurs gastriques qui l'empêchèrent de travailler dans la journée. Ces douleurs consistaient en crampes d'estomac d'une durée et d'une intensité variables, mais qui se terminaient régulièrement par un ou deux vomissements verdâtres. Tout rentrait dans l'ordre après une journée de repos, et le lendemain, la malade reprenait son travail.

Le 16 août 1916, le matin au réveil, elle est prise brusquement d'abondantes hématomèses qui la décident à entrer d'urgence à l'Hôtel-Dieu. Elle accuse en ce moment une vive douleur dans la région épigastrique. La palpation de tout l'abdomen est très pénible et pres-

que impossible, et ne révèle qu'une exagération de la douleur, surtout au creux épigastrique.

L'état général n'est pas alarmant, le pouls est bon. La malade est mise au repos, à la diète absolue et n'absorbe que quelques fragments de glace.

Les vomissements cessent rapidement, la douleur s'atténue; mais, pendant trois jours, elle a des selles fétides, contenant du sang noir (mélœna). La médication a consisté dans l'emploi de l'émétine, du seigle ergoté, et de désinfectants intestinaux (benzonaphtol).

Le 30 août, l'alimentation est reprise prudemment, et enfin, le 23 septembre, la malade sort de l'hôpital complètement rétablie.

Elle reprend sa vie antérieure et reste pendant quelque temps dans un bon état de santé; mais elle continue à éprouver fréquemment les sensations de brûlures et les troubles dyspeptiques signalés plus haut. Les crises douloureuses réapparaissent notamment très vives et très pénibles comme au début de la maladie; elles sont un peu atténuées par l'ingestion des aliments. Mais leur nombre augmente peu à peu et souvent dans la nuit la malade est obligée de se lever pour boire du lait. Ces douleurs, toujours localisées au creux épigastrique, surviennent par périodes de quatre à cinq jours, séparées par de longues périodes de répit, et sans jamais être accompagnées de vomissements, d'hématémèses ou de mélœna, d'après les dires de la malade.

Le 17 mai 1917, subitement, elle est prise d'une crise douloureuse extrêmement vive avec vomissements

bilieux : la douleur siège surtout au niveau de l'épigastre, mais s'irradie à tout l'abdomen; contrairement aux crises précédentes, la douleur n'est pas calmée par l'ingestion de liquides, qui est suivie immédiatement de vomissements présentant tous les caractères des vomissements incoercibles. L'état de la malade s'aggrave d'heure en heure et elle se décide à se faire transporter à l'Hôtel-Dieu où elle est admise d'urgence le 20 mai, à 5 heures du soir, dans le service de M. le professeur Baylac. L'interne de garde appelé prescrit le repos, la diète absolue, à l'exception de l'absorption de quelques fragments de glace.

Etat de la malade le 21 mai. — M. le professeur Baylac voit la malade vers 9 heures du matin. La nuit a été extrêmement pénible et sans sommeil; la malade n'a pas pu s'étendre dans son lit et elle est restée assise, le tronc fortement incliné en avant, les mains croisées sur l'abdomen, accusant une douleur très vive et continue au niveau de l'épigastre; toute absorption de glace ou de liquide est immédiatement suivie de rejet : les vomissements ont une couleur gris sale. La peau est froide et recouverte de sueurs. Le facies est pâle, grippé; les yeux sont excavés; la voix est affaiblie, cassée. Le pouls est petit, fréquent. La langue est sale, la soif est vive, car l'estomac ne tolère pas la moindre quantité de liquide. La constipation est absolue : la malade n'a pas rendu de matières fécales, ni de gaz depuis 48 heures : il n'y a pas cependant de ballonnement du ventre.

En présence de ce tableau clinique, M. le professeur Baylac rejette l'hypothèse d'une crise douloureuse due à un ulcère de l'estomac et il pense à une occlusion intestinale siégeant soit au niveau du pylore, soit sur la partie supérieure du duodénum.

L'examen attentif de la région épigastrique fait constater d'ailleurs l'existence d'un point douloureux très sensible à la pression, siégeant un peu au-dessus de l'ombilic et légèrement à droite de la ligne blanche. L'examen à jour frisant fait constater à ce niveau une légère surélévation de la paroi, et la palpation révèle en ce point l'existence d'une tuméfaction limitée, du volume d'un petit œuf de poule et extrêmement douloureuse. S'agit-il d'une hernie de la ligne blanche, d'un pincement de la paroi gastrique ou duodénale, ou de toute autre cause, provoquant l'occlusion intestinale ?

En raison de la gravité de l'état de la malade, M. le professeur Baylac pense à faire pratiquer une intervention chirurgicale d'urgence et il prie son collègue, M. le professeur Dieulafé, qui se trouvait en ce moment à l'Hôtel-Dieu, de venir examiner la malade.

Après l'examen attentif de la malade, M. le professeur Dieulafé juge l'intervention nécessaire et la pratique immédiatement, sous anesthésie générale au chloroforme.

Technique opératoire. — Incision de la peau : pas de tumeur épigastrique. Incision des muscles et du péritoine.

L'exploration montre qu'il n'y a pas d'adhérences

périgastriques. Au niveau de l'estomac, gonflement de la région pylorique.

L'examen direct à la palpation montre l'existence d'une tumeur mobile, roulant sous la main dans l'estomac; on aurait dit un corps étranger introduit dans l'estomac et arrêté au pylore. A travers les tuniques, le corps mobile est éloigné du pylore et on s'aperçoit qu'au fur et à mesure l'estomac s'agrandit : c'est la grande tubérosité qui reprend sa forme; on arrive ainsi à donner à cet estomac tout plissé un aspect normal. Il avait été invaginé sur lui-même.

La paroi de la grosse tubérosité est en rapport intime avec le corps étranger : celui-ci est fixé solidement à cette paroi, il fait corps avec l'estomac; ce n'est pas une partie étrangère à l'organisme : c'est une néoformation.

Entre les pinces à coprostase, aménagées pour cela, on pratique la résection de toute la région comprenant la tumeur et de la région adjacente. Suture muqueuse. Suture musculo-séreuse. Suture de la peau.

Les suites opératoires furent très bonnes : pas d'accidents gastriques, ni péritonéaux, absence complète de fièvre. Les douleurs ont complètement disparu et les vomissements ont cessé immédiatement. La malade est maintenue à la diète absolue pendant trois jours; on se borne à faire chaque jour des injections hypodermiques de sérum physiologique (500 centigr.) et d'huile camphrée (20 centigr.).

Pendant les trois jours suivants, elle absorbe 600 gr.

d'eau et de lait. Peu à peu, on augmente la quantité du lait, en diminuant la quantité d'eau; au bout de huit jours, on lui permet un jaune d'œuf et du bouillon. L'alimentation est reprise avec une extrême prudence et ce n'est qu'à partir du 6 juin que la malade est remise au régime ordinaire.

Actuellement, tous les troubles gastriques ont disparu. Son état général est excellent; elle a augmenté de poids et elle serait déjà sortie de l'Hôtel-Dieu si une légère poussée de phlébite à la jambe gauche n'était survenue au moment où elle allait commencer à se lever.

Le 15 juillet, la phlébite est en voie de résolution : l'œdème des membres a notablement diminué; la malade n'accuse plus de douleurs et on peut la faire descendre dans le service de physique clinique de M. le Professeur Marie pour faire un examen radiographique de l'estomac. Voici d'ailleurs la note que M. le Professeur Escande a bien voulu rédiger et qui résume d'une manière parfaite les résultats d'examen radioscopique et radiographique :

EXAMEN RADIOSCOPIQUE ET RADIOGRAPHIQUE

Un examen préliminaire de l'estomac à l'état de vacuité ne révèle aucune particularité. La chambre à air est nettement visible; sa forme est arrondie et sensiblement normale.

Ingestion d'un premier verre d'émulsion au carbonate de bismuth; pendant l'absorption, l'estomac se laisse distendre passivement sans réagir sur son contenu. Le liquide bismuthé vient se collecter dans la partie déclive de l'organe, dont le pôle inférieur apparaît bien au-dessous de l'ombilic. L'ingestion d'un deuxième verre d'émulsion fait apparaître l'image de la plus grande partie de l'estomac. Ce dernier est très allongé; il présente la forme d'un sablier modérément étranglé à sa partie médiane. Le pôle inférieur descend à 5 cent. environ au-dessous de la projection des crêtes iliaques.

La compression de la paroi abdominale fait disparaître cette pseudo-biloculation. Les contractions abdominales volontaires produisent le même résultat. Les contractions péristaltiques sont rares et peu énergiques. Le massage de l'estomac fait apparaître des contractions un peu plus marquées amenant l'évacuation de bols assez volumineux.

Une radiographie est prise à ce moment dans le décubitus abdominal. Dans cette position, le bas-fond se relève au-dessus de l'ombilic. La région pylorique paraît normale. Le radiogramme montre un bol bismuthé engagé dans le bulbe duodénal.

Les signes radiologiques constatés au cours de ce premier examen ne révèlent, en somme, qu'une diminution de la tonicité et de la motricité des parois stomacales.

Un deuxième examen pratiqué six heures après le premier a confirmé les données déjà acquises. Il a

montré, en effet, la présence dans l'estomac d'une moitié environ de l'émulsion bismuthée.

L'existence d'une phlébite chez cette malade et les dangers qu'entraînerait tout déplacement ont empêché de poursuivre l'étude de l'évacuation stomacale au cours de cet examen.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA TUMEUR DE L'ESTOMAC.

La tumeur a le volume d'un gros marron; elle a 6 cent. de longueur, 4 cent. de hauteur et 35 millim. de largeur; elle pèse 45 grammes. Elle est bien circonscrite et complètement située dans l'épaisseur de la paroi gastrique; elle est recouverte à sa face externe par la séreuse péritonéale qu'elle soulève et elle fait une légère saillie à l'intérieur de la cavité gastrique. La muqueuse se continue à sa surface, sauf en un point central où l'on constate un orifice de 5 millimètres de profondeur rappelant l'orifice d'un col utérin. Cette tumeur a une consistance dure et fibroïde et, à la coupe, le tissu présente une coloration blanc grisâtre.

A l'examen microscopique la tumeur est surtout composée de fibres musculaires lisses agencées en faisceaux, qui s'entrecroisent en tous sens et qui affectent une disposition en amas concentriques ou diversement ondulés.

Les vaisseaux y sont peu nombreux. La charpente

conjonctive est, au contraire, très développée en quelques points. Il n'existe pas de trace de formation épithéliale.

La muqueuse gastrique présente tous les caractères de la muqueuse normale avec ses diverses glandes, sauf en un point correspondant à l'orifice situé à la partie centrale de la tumeur : là, la muqueuse disparaît brusquement et à sa place on constate une trame conjonctive infiltrée de nombreux leucocytes et de quelques amas sanguins, dépourvue complètement de glandes et recouverte en un point d'une couche d'épithélium cylindrique bas.

En résumé, il s'agit d'une tumeur constituée par un *fibro-myome* développé dans l'épaisseur de la paroi gastrique avec lésion ulcéreuse de la muqueuse de l'estomac.

CHAPITRE II

Étude clinique

L'observation que nous venons de rapporter offre un bel exemple d'invagination de l'estomac et d'obstruction absolue du pylore par une tumeur de la grosse tubérosité. Malgré des recherches bibliographiques minutieuses, nous n'avons pas rencontré de fait analogue. Dans une observation du professeur Cornil, publiée en 1863 dans les « *Bulletins de la Société anatomique de Paris* » et citée par tous les auteurs classique, il s'agit simplement d'une obstruction incomplète du pylore par un fibrome polypeux de l'estomac.

L'obstruction pylorique dans ce cas est restée latente; elle n'a donné lieu, pendant la vie, qu'à des symptômes très atténués et elle a constitué pour ainsi dire une véritable trouvaille d'autopsie.

Voici d'ailleurs le résumé de cette observation :

OBSERVATION RÉSUMÉE DU PROFESSEUR CORNIL.

OBSTRUCTION DU PYLORE PAR UN FIBROME POLYPEUX DE L'ESTOMAC.

Il s'agit d'une femme de 75 ans, qui est rentrée dans l'infirmerie des incurables, le 9 octobre 1863. Elle était en démence sénile, parlait peu et déraisonnait.

Elle prenait très peu de nourriture. Les matières liquides ou demi-liquides telles que la soupe, la bouillie, étaient les seules qui pussent passer. Elle refusait la viande et le pain, et de plus, il fallait lui donner sa nourriture par petites gorgées. Elle se plaignait souvent de souffrir de l'estomac. Elle n'a présenté ni nausées, ni vomissements pendant un mois et demi qu'elle a passé à la Salpêtrière. Elle avait une seule selle involontaire par jour. Elle est morte le 17 décembre 1863.

A l'autopsie on a trouvé à la moitié droite ou pylorique de l'estomac un gros *polype* long de cinq centimètres sur trois centimètres de largeur, ovoïde, pédiculé, mobile qui *bouchait complètement l'orifice pylorique*; sa position du reste était variable; ainsi on pouvait le relever du pylore où il était engagé et il devenait alors flottant dans la cavité stomacale. La membrane muqueuse le recouvre partout excepté à sa base ou extrémité libre: en ce point, la muqueuse est interrompue brusquement et l'on voit la substance du pylore qui présente là une surface de coloration ardoisée. Ce polype est de consistance *fibreuse*, il est recouvert par une muqueuse hypertrophiée dont les glandes ont été distendues et dilatées.

L'absence totale d'invagination de l'estomac, dans ce cas, et l'absence de symptômes d'occlusion gastrique complète ne permettent pas de rapprocher cette observation de celle qui fait l'objet de notre thèse.

Cette dernière observation constitue, croyons-nous, un fait unique dans les annales de la science. D'où un grand intérêt à faire de ce cas une étude clinique aussi complète que possible: nous essayerons de préciser la nature des troubles dyspeptiques un peu obscurs chez notre malade avant la crise qui l'a conduite à l'hôpital et de décrire les symptômes de l'invagination de l'estomac et de l'obstruction pylorique.

ÉTUDE DE L'OBSERVATION DE NOTRE MALADE

Pendant deux ans environ, notre malade, âgée de 43 ans, a présenté des troubles digestifs caractérisés par des douleurs, des éructations, des vomissements et des digestions extrêmement pénibles.

Les douleurs sont nettement localisées au creux épigastrique : elles surviennent deux ou trois heures après les repas ; elles sont sourdes, mal définies et consistent habituellement en une sensation de brûlure : elles sont calmées par l'ingestion d'aliments et surtout par l'ingestion de lait ou de liquides alcalins. A plusieurs reprises, à de longs intervalles, la malade a éprouvé des crampes paroxystiques très violentes, survenant le matin, l'empêchant de se rendre au travail et se terminant régulièrement par un ou deux vomissements bileux, verdâtres. Pendant les crises, la douleur s'irradie à tout l'abdomen dont la palpation est presque impossible, mais le maximum de la douleur siège au niveau du creux épigastrique.

Les éructations sont très fréquentes et très irrégulières ; elles consistent en des renvois tantôt acides, tantôt aigres et survenant à tout moment de la journée. Elles ne s'accompagnent pas de troubles de goût, ni de hoquet.

Les digestions sont, d'une manière générale, très pénibles, mais elles se terminent habituellement dans l'espace de temps qui sépare les repas. Il n'y a pas de

dégoût pour certaines catégories d'aliments; la malade accuse simplement, après les repas, des sensations de lourdeur et de pesanteur au niveau de l'estomac, sans somnolence, ni palpitations.

Les vomissements ont apparu quelque temps après les premiers symptômes de dyspepsie. Tantôt alimentaires, tantôt bilieux, ils terminaient presque toujours une crise douloureuse. Pendant longtemps, la malade n'a présenté que ces divers symptômes sans hématomèse ni méléna.

On pouvait penser qu'il s'agissait simplement d'une gastrite avec hyperchlorhydrie. Mais la crise survenue au mois d'août 1916 et qui a été observée à l'hôpital est venue éclairer le diagnostic. Au milieu des phénomènes douloureux très intenses, la malade a présenté des hématomèses et du méléna; dès lors, l'existence chez elle d'un ulcère de l'estomac ne fait plus de doute.

C'est donc chez une malade atteinte d'hyperchlorhydrie et d'ulcère de l'estomac que l'invagination des parois gastriques et que l'obstruction pylorique se sont produites sous l'influence d'une tumeur située au niveau de la grande tubérosité. Avant de discuter la pathogénie de l'invagination et de l'obstruction pylorique dans ce cas, poursuivons notre étude clinique et cherchons à préciser à la lumière de notre observation la symptomatologie de *l'obstruction pylorique aiguë* survenue brusquement le 17 mai 1917.

Obstruction pylorique aiguë. — C'est pendant une période de rémission des troubles dyspeptiques que la

malade a été prise brusquement d'une nouvelle crise aiguë à allure dramatique et caractérisée par des douleurs atroces, des vomissements et incoercibles, une intolérance gastrique absolue, une rétention complète des matières et des gaz et des symptômes généraux alarmants.

Les douleurs qui arrachent des cris à la malade présentent son maximum d'intensité au niveau du creux épigastrique à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic, mais elle s'irradie à tout l'abdomen, dont la peau présente une hyperesthésie extrême qui rend la palpation très difficile, presque impossible.

Les vomissements offrent tous les caractères des vomissements incoercibles. Ils suivent immédiatement l'ingestion de la plus petite quantité de liquide quelconque; l'intolérance gastrique est totale, absolue et les matières vomies ont une coloration gris sale sans trace de sang. Depuis le début de la crise, la malade n'a eu aucune émission de matières fécales ni de gaz.

Il n'existe ni tympanisme ni ballonnement du ventre; la paroi abdominale est plutôt ratatinée. L'examen à jour frisant de l'abdomen fait constater dans la région sous-hépto-gastrique, au niveau même du siège de la douleur, l'existence de soulèvement de la paroi abdominale; à la palpation, ce soulèvement paraît constitué par la présence d'une tumeur sphérique, très douloureuse et du volume d'un petit œuf de poule.

Tous ces symptômes sont accompagnés de troubles graves de l'état général. La malade est assise sur son

lit, le tronc fortement incliné en avant sur les genoux légèrement relevés; tout chez elle indique l'angoisse la plus vive; la peau est couverte de sueur, la température est abaissée, le pouls est petit, les traits sont tirés, les yeux-excavés, la voix est cassée.

C'est le tableau clinique de l'occlusion interne aiguë telle qu'on la rencontre habituellement dans l'occlusion intestinale ou dans une hernie étranglée. L'intervention chirurgicale devait montrer qu'il s'agissait ici d'une invagination d'estomac, et d'une occlusion pylorique par une tumeur siégeant sur la grande tubérosité arrêtée et étranglée dans le vestibule pré-pylorique.

CHAPITRE III

Etiologie générale

On désigne sous le nom d'*occlusion intestinale*, un ensemble d'accidents résultant d'un obstacle mécanique quelconque au cours des matières intestinales, sous cette réserve que l'obstacle n'est pas constitué par un orifice normal ou accidentel des parois abdominales.

Cette occlusion peut se produire au niveau du pylore et, par analogie avec l'occlusion intestinale, on peut décrire trois classes d'occlusion pylorique :

- 1° Les occlusions par retrécissement;
- 2° Les occlusions par invagination;
- 3° Les occlusions par obstruction.

1° *Occlusion par retrécissement.* — Nous nous bornerons à mentionner l'occlusion consécutive au retrécissement spasmodique de l'orifice pylorique dont l'existence n'est pas absolument démontrée.

Le retrécissement du pylore est dû, dans un grand nombre de cas, à une compression exercée sur sa paroi par une tumeur du voisinage : tumeur ou kyste du foie, du péritoine, des ganglions de la région sous-

hépatique (ganglions pancréatico-duodénaux), etc...

Le retrécissement peut tenir aussi à une altération des parois de l'estomac (ulcère, cancer). Le plus souvent il s'agit alors d'un vaste ulcère, calleux, induré, entouré d'une gangue fibreuse avec adhérences péritonéales, épaisses, qui donnent à la lésion l'aspect et la consistance d'une tumeur; parfois même, au cours de l'intervention chirurgicale, la masse sténosante en mains, le chirurgien ne peut se prononcer sur la nature inflammatoire ou néoplasique de la tumeur.

2° *Occlusion par invagination.* — On entend par invagination l'introduction ou intussusception d'une portion d'intestin dans la portion qui lui fait suite, de telle sorte que la première partie est engainée dans la deuxième à la manière d'un doigt de gant. Elle s'observe surtout au niveau du gros intestin ou de la dernière partie de l'intestin grêle. Nous n'avons trouvé mentionné nulle part l'invagination de l'estomac et le cas que nous rapportons en démontre l'existence, mais il doit être, croyons-nous, considéré comme unique dans les annales de la science.

Le danger de l'invagination est dû surtout aux accidents d'étranglement qui se produisent à l'extrémité du segment invaginant, qui joue le rôle d'un anneau par rapport au segment invaginé.

3° *Occlusion par obstruction.* — L'obstruction peut être le résultat de corps étrangers variés. Nous citerons : les objets avalés accidentellement (couteaux, fourchettes, dentiers, etc.); les formations résultant de

l'accumulation graduelle des matières indigestibles; les amas de matières résineuses, de gomme laque, de verni, de fibres d'écorce; enfin, les corps étrangers constitués par des cheveux ou des poils, que l'on observe d'ordinaire chez les aliénés. Nous signalerons encore les calculs biliaires ayant pénétré par effraction dans la cavité gastrique ou le duodénum et oblitérant le pylore, et les kystes hydatiques du foie, qui, dans quelques cas exceptionnels, s'ouvrent dans l'estomac et déterminent l'occlusion du pylore; ces derniers cas sont presque toujours suivis de mort.

Enfin, l'obstruction peut être le résultat de la présence de tumeurs nées au voisinage du pylore ou qui ayant pris naissance sur un point plus éloigné, ont pu, grâce à un assez long pédicule, venir obstruer l'orifice pylorique : c'est le cas de l'observation de Cornil rapportée plus haut.

Chez notre malade, l'obstruction est due à une tumeur sessile, située au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac et qui, grâce à l'invagination gastrique secondaire, est venue obstruer le vestibule pré-pylorique. Cette tumeur était constituée par un fibro-myome, développé dans l'épaisseur des parois gastriques au niveau d'une ulcération de la muqueuse.

TUMEURS DE L'ESTOMAC (1).

On peut d'ailleurs rencontrer au niveau de l'estomac des tumeurs très variées : fibromes, myomes, lipomes, sarcomes, lymphadénomes, polyadénomes gastriques, cancer.

..*Les fibromes, les myomes et les fibro-myomes* dont notre observation offre un bel exemple, se rencontrent assez rarement (une fois sur trois mille estomacs, d'après Tilger). Ils se développent, d'ordinaire, chez les personnes âgées et siègent, le plus souvent, sur la partie antérieure ou dans la région pylorique. Leur volume ne dépasse guère habituellement celui d'une noisette et ces tumeurs ne présentent aucune tendance à la pédiculation. Elles peuvent atteindre parfois un volume très considérable : la tumeur constatée chez notre malade avait le volume d'un gros marron et pesait 45 grammes..

Les lipomes, d'après Cruveilhier, sont de petites tumeurs, situées sous la muqueuse et du volume d'un pois, d'une olive ou même d'une amande.

Le sarcome de l'estomac est également exceptionnel. Il peut s'étaler en surface ou constituer une tumeur volumineuse nettement limitée, faisant saillie soit dans la cavité gastrique, soit du côté du péritoine.

(1) Pour la rédaction de ce chapitre, nous avons fait de larges emprunts au *Traité d'Anatomie pathologique* de MM. HERMANN et MOREL.

Le *lymphadénome* gastrique, associé presque toujours à la lymphadénie intestinale, se présente sous l'aspect de tumeurs molles, blanchâtres, souvent ulcérées, ou sous forme de plaques parfois très étendues.

Les *polyadénomes* gastriques se présentent sous la forme de plaques saillantes ou de tumeurs pédiculisées, dont le volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette; elles sont généralement multiples et on a pu en compter plus de trois cents dans un cas.

Le *cancer de l'estomac* siège de préférence au voisinage du pylore et se présente à l'autopsie tantôt sous l'aspect de tumeurs, sessiles ou *pédiculées*. Le cancer est une cause assez fréquente d'obstruction du pylore, mais il donne lieu habituellement à une obstruction lente avec sténose concomitante de l'orifice pylorique par infiltration néoplasique des parois gastriques.

CHAPITRE IV

Pathogénie

Une question particulièrement intéressante à résoudre est celle du mécanisme de l'invagination de la paroi gastrique et de l'obstruction du pylore dans notre cas.

On ne peut, à ce point de vue, que se livrer à des hypothèses. L'absence de toute autre observation, que celle que nous rapportons, nous prive de tout secours. Nous essayerons néanmoins d'expliquer ce mécanisme.

Deux facteurs doivent être retenus chez notre malade : d'une part, son long passé dyspeptique avec des vomissements fréquents et, d'autre part, la présence d'une tumeur sur la grosse tubérosité.

Les nombreuses crises douloureuses provoquées par l'hyperchlorhydrie et l'ulcération de la muqueuse gastrique, les vomissements répétés ont très certainement contribué à affaiblir la résistance de la paroi musculaire de l'estomac et à déterminer de l'atonie et de la dilatation de l'estomac.

Cette dilatation de l'estomac a été démontrée d'ail-

leurs par l'examen clinique, au cours de l'opération quand on a eu rétabli la forme normale de cet organe : elle a été plus tard démontrée encore d'une façon très évidente par l'examen radioscopique : cet examen a révélé une diminution très nette de la tonicité et de la motricité de la paroi stomacale. L'estomac présentait la forme d'un sablier modérément étranglé dans sa partie médiane et le pôle inférieur descendait à 5 centimètres au-dessous de la projection des crêtes iliaques.

L'atonie de la paroi gastrique et la dilatation de l'estomac ont contribué puissamment à faciliter l'invagination, mais elles n'ont pu agir que comme causes prédisposantes. Les observations de dilatation d'estomac sont, en effet, extrêmement nombreuses, et l'invagination n'est pas observé.

Il est permis de penser que la cause déterminante de l'invagination a été, ici, la présence d'une *tumeur au niveau de la grosse tubérosité*. Rappelons, d'autre part, que le volume de cette tumeur était relativement considérable, puisqu'elle pesait 45 grammes. Par son propre poids, elle a eu une tendance à pénétrer dans l'intérieur de l'estomac et à entraîner, par suite de l'absence de tout pédicule, la paroi stomacale elle-même. Ainsi peut se comprendre le mécanisme de l'invagination : elle a débuté quand la tonicité de la paroi musculaire n'a plus été suffisante pour faire contrepoids à la tumeur elle-même, et elle s'est arrêtée quand la tumeur, arrivant dans le vesti-

bule prépylorique, a mis un terme à l'enroulement des tuniques gastriques.

Telle est la pathogénie qui nous paraît répondre au fait clinique et anatomique constaté et qui nous paraît expliquer d'une manière suffisante l'invagination de l'estomac et l'obstruction pylorique. Elle nous permet de comprendre la brusquerie et la gravité des accidents d'occlusion interne absolue, présentés par la malade : il s'agissait, en effet, d'une obstruction pylorique irréductible, car le segment invaginé avec la tumeur était étranglé dans le vestibule prépylorique. Les vomissements étaient incapables de déplisser l'estomac et seule l'intervention chirurgicale a pu sauver la malade.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic était particulièrement difficile dans ce cas. Pendant de longs mois, la malade avait présenté des douleurs gastralgiques violentes, atteignant leur apogée deux ou trois heures après les repas et calmées par l'ingestion de liquides et surtout de lait et de boissons alcalines.

Elle avait eu, d'autre part, au mois d'août 1916, une crise douloureuse paroxystique grave, accompagnée d'hématémèse et de méloëna.

L'existence d'une hyperchlorhydrie et d'un ulcère de l'estomac paraissait ici évidente.

Le 17 mai 1917, au moment où la malade entre de nouveau à l'Hôpital, se trouve-t-on en présence d'une nouvelle crise douloureuse paroxystique, analogue à celle de l'année précédente, et peut-on espérer qu'elle se terminera spontanément d'une façon aussi favorable ?

L'intensité des phénomènes douloureux, l'intolérance absolue de l'estomac, le caractère des vomisse-

ments, l'absence d'hématémèse et de méloëna, la gravité des symptômes généraux (prostration des forces, petitesse du pouls, sueurs, hypothermie, etc.), font rejeter cette hypothèse et craindre des accidents beaucoup plus graves.

L'absence de fièvre, de tympanisme, de ballonnement du ventre, de vomissements bilieux, de tachycardie font éliminer l'idée d'une *péritonite consécutive à une perforation d'un ulcère de l'estomac*.

La malade n'ayant pas eu des symptômes de lithiasis biliaire, on ne peut songer à des *accidents d'origine vésiculaire*.

Il ne s'agit pas, non plus, d'une *appendicite* : la douleur ne siège pas dans la fosse iliaque droite au point de Mac-Burney, mais dans la région sous-hépatogastrique, au-dessus et un peu à droite de l'ombilic.

Enfin, toute idée d'*intoxication aiguë et de coliques saturnines* peut être éliminée d'emblée.

Tout, dans le tableau clinique présenté par la malade, fait penser à l'*occlusion interne*, siégeant soit au niveau du pylore, soit au niveau de la partie supérieure du duodénum.

La brusquerie des accidents permet de rejeter l'idée d'une *sténose pylorique* d'origine inflammatoire ou néoplasique ; la sténose évolue lentement et s'accompagne habituellement d'une dilatation considérable de l'estomac avec stase alimentaire qui font défaut ici.

En présence de la soudaineté des accidents, l'idée

d'une *hernie étranglée* se présente à l'esprit. Une hernie peut, en effet, expliquer facilement tous les symptômes présentés par la malade à la condition qu'il s'agisse d'une hernie portant sur la partie supérieure du tube digestif.

Or, si tout le ventre est douloureux, la douleur spontanée du début, la douleur provoquée par la palpation, la défense de la paroi et l'hyperesthésie, tous ces symptômes ont leur maximum d'intensité à la région sous-hépto-gastrique, au-dessus et un peu à droite de l'ombilic. En ce point, on constate en outre, à l'examen à jour frisant de l'abdomen, un léger soulèvement de la paroi par une tumeur perceptible à la palpation et qui paraît avoir le volume d'un petit œuf de poule.

S'agirait-il d'une *hernie de l'estomac ou du duodénum* à travers la paroi intestinale ?

L'attitude de la malade (position assise avec flexion du tronc en avant) plaide en faveur de cette hypothèse ; on peut l'attribuer au besoin d'atténuer la douleur, en diminuant la tension gastrique ou duodénale.

L'intervention chirurgicale démontra que cette hypothèse était erronée : il n'existait pas de hernie et la tumeur, perçue à travers la paroi abdominale amincie, était constituée par la présence dans le vestibule pré-pylorique d'une tumeur développée au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac, qui s'était invaginée et étranglée à son niveau.

Le diagnostic de l'invagination était, il faut bien le reconnaître, absolument impossible. On connaît l'existence de l'invagination de l'intestin, mais l'invagination de l'estomac n'est mentionnée dans aucun ouvrage.

Notre observation montre cependant, qu'elle est possible et on devra à l'avenir y penser, quand on se trouvera en présence du tableau clinique d'une occlusion pylorique aiguë avec intolérance gastrique absolue et quand on constatera au niveau de la région épigastrique l'existence d'une tuméfaction en dehors de toute hernie de la ligne blanche.

CHAPITRE VI

Pronostic et Traitement

PRONOSTIC

Quel est l'enseignement que l'on peut tirer de notre observation ? En un mot, quel pronostic immédiat ou éloigné comporte-t-elle ?

Il est incontestable que si le diagnostic d'occlusion pylorique ou duodénale n'avait pas été fait, si la malade avait été abandonnée à elle-même, elle eût fatalement succombé dans un délai assez court ; les symptômes, qu'elle présentait, ne laissent aucun doute à cet égard.

L'intervention chirurgicale seule, en permettant de rétablir la forme et la perméabilité de l'estomac et de supprimer la tumeur, cause déterminante probable de l'invagination elle-même, a sauvé la malade.

Quel est l'avenir qui lui est réservé ?

L'examen anatomo-pathologique de la tumeur a ici une importance considérable : s'il s'agissait d'une tumeur maligne, on pourrait craindre, malgré la large

exérèse qui a été faite, une récurrence prochaine et une cachexie néoplasique dans un avenir assez rapproché. Mais la tumeur est constituée par un *fibro-myome* et, bien que, quelquefois, le myome affecte une évolution maligne, l'absence de toute formation épithéliale sur les coupes examinées permet d'espérer que cette hypothèse ne se réalisera pas.

La malade présente d'ailleurs, deux mois après son opération, un excellent état général et elle a augmenté très sensiblement de poids.

La phlébite, qu'elle a eue, est un accident secondaire, d'origine inflammatoire, et non la manifestation d'un néoplasme latent.

Reste une seconde hypothèse que nous devons envisager : *l'invagination peut-elle se reproduire ?*

Nous ne pouvons répondre d'une manière certaine à cette question. L'ablation de la tumeur, relativement volumineuse, rend cependant une nouvelle invagination peu probable ; nous avons admis, en effet, que la tumeur avait dû contribuer par son propre poids à la produire. L'atonie de l'estomac, le relâchement de ses parois, que l'examen radiographique a bien montrés, obligent à faire des réserves.

Encore les cas d'atonie gastrique sont-ils extrêmement nombreux en clinique et les observations de l'invagination sont-elles exceptionnelles.

Aussi peut-on admettre que l'intervention chirurgicale, en débarrassant la malade de la tumeur de l'es-

tomac, l'a mise à l'abri de nouveaux accidents d'invagination et d'occlusion pylorique.

Il y aura lieu de suivre néanmoins cette malade et de procéder de temps en temps à des examens radiographiques.

TRAITEMENT

Le diagnostic de l'occlusion pylorique étant posé, la seule indication qui s'impose au médecin, c'est de lever le plus tôt possible l'obstacle mécanique qui s'oppose au libre cours du bol alimentaire.

Il ne faut point songer à un traitement médical ; on risquerait de perdre un temps précieux et de laisser s'aggraver les phénomènes d'étranglement.

L'intervention chirurgicale, seule, peut sauver le malade. Nous avons rapporté avec notre observation la technique opératoire suivie dans ce cas par M. le Professeur Dieulafoy ; les bons résultats obtenus nous dispensent d'y insister.

Qu'il nous soit permis d'indiquer cependant le grand intérêt qu'il y a à faire une large exérèse de la tumeur, afin d'éviter toute récurrence, dans le cas où il s'agirait d'une tumeur néoplasique et à s'assurer de l'absence de ganglions.

La plus grande prudence sera observée dans l'alimentation du sujet pendant les jours qui suivront l'opération.

CONCLUSIONS

1° A côté de l'invagination de l'intestin, qui constitue l'une des causes les plus fréquentes de l'occlusion intestinale, il y a lieu d'admettre la possibilité d'une invagination de l'estomac ;

2° L'observation de notre malade offre un exemple très net d'invagination de l'estomac et d'obstruction du pylose par une tumeur siégeant au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac : c'est, croyons-nous, un fait unique dans les annales de la science ;

3° Cette invagination est survenue dans le cours d'un ulcère de l'estomac avec hyperchlorhydrie, et a été favorisée par la diminution de la tonicité et de la motricité de l'estomac ;

4° La cause déterminante de cette invagination paraît avoir été la présence de la tumeur de l'estomac : cette tumeur a amené par son poids (45 grammes) la chute et l'invagination de la grosse tubérosité, qui s'est étranglée sur la tumeur elle-même, arrêtée dans le vestibule pré-pylorique ;

5° La malade a présenté le tableau clinique de l'occlusion gastrique aiguë ;

6° L'intervention chirurgicale seule a permis de sauver la malade, et, dans des cas analogues, il y a lieu d'intervenir sans délai ;

7° Une large exérèse de la tumeur s'impose pour éviter toute récurrence, surtout dans le cas d'une tumeur maligne de l'estomac ;

8° Chez notre malade, il s'agissait d'un fibro-myome développé dans l'épaisseur de la paroi gastrique et au niveau d'une ulcération de la muqueuse.

Le Président de la Thèse,
BAYLAC.

Vu le Doyen,
JEANNEL.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 25 Juillet 1917.

Pour le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Le Doyen délégué.
DUMAS

